

INVENTION FILED 28 JUL 2006

## Anlage zur bildgestützten Stoßwellenbehandlung

5 Die Erfindung betrifft eine Anlage zur bildgestützten Stoßwellenbehandlung. Die Hauptbestandteile einer solchen Anlage sind ein Therapiesystem und ein Röntgensystem. Das Therapiesystem umfasst einen Stoßwellenkopf, der auf einen Fokuspunkt gerichtete Ultraschallwellen erzeugt. Als Therapiezweck kommt  
10 vor allem die Zertrümmerung von Nieren- und Harnleitersteinen in Frage. Denkbar sind aber auch Anwendungen zur Behandlung der Induratio penis plastica oder im Bereich der Schmerztherapie und der Gastroenterologie. Das Röntgensystem dient zur Ortung des Steins im Behandlungsgebiet eines Patienten und  
15 zur therapiebegleitenden Beobachtung des Behandlungserfolges. Es umfasst eine Röntgenstrahlquelle und einen Röntgenempfänger bzw. Bildverstärker. Die beiden Geräte sind an den Schenkelenden eines um sein Isozentrum orbital verfahrbaren C-förmigen Bogens, im weiteren Röntgen-C-Bogen genannt, fixiert. Der Röntgen-C-Bogen umgreift im Anwendungsfall teilweise einen Patiententisch bzw. ist in Richtung einer rechtwinklig zu seiner Orbitalebene verlaufenden Achse von diesem  
20 durchsetzt.  
25 Bei der Behandlung eines Patienten mit einer Anlage der oben geschilderten Art muss der Fokuspunkt des Stoßwellenkopfes auf das Isozentrum des Röntgen-C-Bogens ausgerichtet sein bzw. mit diesem zusammenfallen, damit bei einer zur 3D-Ortung erforderlichen orbitalen oder angularen Verfahrung des Röntgensystems dessen Strahlachse stets durch den Fokuspunkt bzw.  
30 durch einen diesen beinhaltenden Volumenbereich verläuft. Im Anwendungsfall muss dementsprechend das zu behandelnde Therapieobjekt ebenfalls in dem genannten Bereich angeordnet, d.h. der Patient in geeigneter Lage auf dem Patiententisch positioniert werden. Bei Anlagen mit feststehendem Stoßwellenkopf kann diese Forderung nur durch eine für den Patienten unange-

nehme Lage, beispielsweise durch eine insbesondere bei adipösen Patienten kritische Bauchlage erfüllt werden.

Bei einer aus DE 298 24 080 U1 bekannten Anlage ist in der 5 Orbitalebene eines ausschließlich angular verschwenkbaren Röntgen-C-Bogens eine als C-Bogen ausgebildete Tragvorrichtung für einen Stoßwellenkopf angeordnet. Der C-Bogen umfasst ein erstes, am Röntgen-C-Bogen fixiertes Bogensegment und ein an diesem Segment verschiebbar gelagertes, an seinem Freiende 10 den Stoßwellenkopf tragendes zweites Bogensegment. Das erste Bogensegment und der Röntgen-C-Bogen selbst sind um eine in der Orbitalebene und durch das Isozentrum des Röntgen-C-Bogens verlaufende gemeinsame Horizontalachse, also angular, verschwenkbar. Aufgrund dieser Ausgestaltung lässt sich ein 15 Stoßwellenkopf sowohl oberhalb als auch unterhalb eines Patiententisches positionieren. Nachteilig ist jedoch, dass der vom Röntgen-C-Bogen umgrenzte Raum durch die darin vorhandenen Tragvorrichtung derart begrenzt ist, dass eine horizontale und parallel zur Orbitalebene verlaufende Verschiebung des 20 Patiententisches kaum noch möglich ist. Bei einem Wechsel von einer linksseitigen zu einer rechtsseitigen Behandlungsposition kann daher das jeweilige Patientenvolumen nicht durch eine Tischverschiebung bei unveränderter Patientenlage in den Fokuspunkt bzw. das Isozentrum gebracht werden. Es ist viel- 25 mehr eine Kopf-zu-Fuß-Umlagerung des Patienten erforderlich. Die Folge ist, dass die bisherige Rauminstallation der neuen Patientenlage angepasst werden, beispielsweise ein zeitaufwändiger Umbau von Zusatzgeräten wie Anästhesiegeräten vorgenommen werden muss.

30 Aufgabe der Erfindung ist es, eine Anlage zur Stoßwellenbehandlung vorzuschlagen, die in dieser Hinsicht verbessert ist.

35 Diese Aufgabe wird durch eine Anlage nach Anspruch 1 gelöst. Diese umfasst einen orbital um ein Isozentrum verfahrbaren Röntgen-C-Bogen und eine zu diesem axial versetzt und orts-

fest angeordnete Tragvorrichtung für den Stoßwellenkopf. Ein sich zum Röntgen-C-Bogen hin erstreckender Ausleger ist mit seinem Fixierende mit der Tragvorrichtung verbunden und trägt mit seinem Freiende den Stoßwellenkopf. Mit Hilfe der Tragvorrichtung ist der Ausleger derart beweglich geführt, dass der Stoßwellenkopf in der Orbitalebene innerhalb eines Winkelbereiches von mindestens 180° ober- und unterhalb eines Patiententisches beliebig positionierbar und auf das Isozentrum ausrichtbar ist. Durch die axial versetzte Anordnung der Tragvorrichtung ist der gesamte vom Röntgen-C-Bogen umschlossene Raum frei zugänglich. Dies erlaubt es, einen Patiententisch horizontal soweit zu verschieben, dass ein Behandlungswechsel von der rechten zur linken Patientenseite, also eine Positionierung des links- oder rechtsseitigen Behandlungsgebietes des Patienten im Isozentrum, erfolgen kann, ohne eine Kopf-zu-Fuß-Umlagerung des Patienten vornehmen zu müssen. Dadurch kann das ursprüngliche Setup der Anlage erhalten bleiben, was insbesondere dann vorteilhaft ist, wenn etwa ein Patient mit beidseitigen Nierensteinen behandelt wird. Aufgrund der Beweglichkeit des Auslegers und damit des Stoßwellenkopfes in einem Winkelbereich von mindestens 180° lässt sich letzterer beispielsweise in einer Untertischposition mit vertikaler Ausrichtung seiner Stoßwellenachse (0°-Position) und in einer Obertischposition mit gleicher Stoßwellenachsenausrichtung (180°-Position) anordnen. Bei einem Verschwenkbereich von 230° kann eine Verschwenkung von der vertikalen Obertischposition (180°) bis zu einer unter dem Tisch durchgeschwenkten -50°-Position erfolgen. Hierdurch sind nahezu alle Behandlungssituationen an einem Patienten in ein und derselben Patientenlage durchführbar. Im Extremfall kann die Tragvorrichtung so ausgestaltet sein, dass mit dem Stoßwellenkopf ein Winkelbereich von 360° abgedeckt werden kann. Es steht also eine große Variabilität hinsichtlich der Wahl der Behandlungsposition des Stoßwellenkopfs zur Verfügung, beispielsweise kann eine Ureterstein-Behandlung von einer Ober- oder Untertischposition aus bei Rückenlage des Patienten vorgenommen werden.

Ist die Tragvorrichtung für den Stoßwellenkopf bezüglich des Röntgen-C-Bogens in Kopfrichtung des Patienten angeordnet, so hat der Arzt bis auf Höhe der zu behandelnden Stelle des Patienten auch auf der maschinenzugewandten Seite vom Fußbereich des Patienten her freien Zugang zu diesem, so dass etwa ein transuretraler Eingriff behinderungsfrei möglich ist. Trotz der genannten Anordnung ist für einen im Kopfbereich des Patienten arbeitenden Anästhesist noch genügend Bewegungsfreiheit vorhanden.

Aufgrund der orbitalen Verfahrbarkeit des Röntgen-C-Bogens kann sowohl die Ortung als auch die Beobachtung während der Behandlung, etwa der Fortgang einer Steinzertrümmerung, aus Richtung der Stoßwellenachse erfolgen, was eine höhere Zielgenauigkeit bietet (Inline-Ortung). Eine Abschattung des Röntgenstrahls durch eine innerhalb des Röntgen-C-Bogens angeordnete Tragstruktur für den Stoßwellenkopf ist dabei nicht zu befürchten. Innerhalb des vom Röntgenstrahl des Röntgensystems überstrichenen Volumenbereichs ist lediglich der Stoßwellenkopf selbst angeordnet. Der ihn tragende Ausleger stört dabei nicht, insbesondere wenn dieser mit seinem Freiende den Stoßwellenkopf von der Seite her fasst. Zusammenfassend steht erfindungsgemäß somit eine Anlage zur Verfügung, die eine Stoßwellenbehandlung in beliebigen Winkelpositionen sowie aus unterschiedlichen Einschallwinkeln bei stets gleichbleibender Ausrichtung und Rückenlage des Patienten, sowie die zielgenaue Röntgen-Inline-Ortung und eine nahezu behinderungsfreie Beobachtung mit Hilfe des Röntgensystems während der Behandlung gestattet. Die Anlage ist daher für eine Vielzahl von Anwendungen, beispielsweise der IPP, Nieren-, Ureter- und Blasensteine, transuretrale Eingriffe gleichermaßen geeignet.

Dadurch, dass beide Teilsysteme, nämlich das Röntgensystem und das Therapiesystem ortsfest zueinander, bspw. an einem gemeinsamen Grundkörper gebracht sind, ist deren relative Po-

sition zueinander mechanisch festgelegt. So kann etwa bei der Montage der Anlage eine Justierung dahingehend erfolgen, dass der Fokuspunkt des Stoßwellenkopfes in jeder Behandlungsposition auf das Isozentrum gerichtet ist bzw. mit diesem zusammen fällt. Der Einsatz etwa eines elektronischen Ortungssystems zur Positionsbestimmung bzw. Berechnung der Lage von Fokus- und Isozentrum ist daher nicht erforderlich.

Bei einer bevorzugten Ausgestaltung ist vorgesehen, dass der Ausleger in einer zur Orbitalebene des Röntgen-C-Bogens parallelen Ebene zwangsgeführ ist. Ein seitliches Ausweichen des Fokuspunktes des Stoßwellenkopfes aus der Orbitalebene des Röntgen-C-Bogens ist dadurch verhindert.

Bei einer ersten bevorzugten Ausführungsform ist die Tragvorrichtung ein zum Röntgen-C-Bogen axial versetzt und koaxial angeordneter C-Bogen (im weiteren als Therapiebogen bezeichnet), an dem der Ausleger mit seinem Fixierende orbital verfahrbar gelagert ist. Diese Ausgestaltung gestattet eine vollständig zwangsgeführte Bewegung des Stoßwellenkopfes in der Orbitalebene des Röntgen-C-Bogens. Eine bei der Neuanstallation einer Anlage vorgenommene Justierung des Fokuspunktes des Stoßwellenkopfes auf das Isozentrum des Röntgen-C-Bogens bleibt erhalten.

Eine Verfahrung des Stoßwellenkopfes um einen bestimmten Winkelbereich setzt im Normalfall einen Therapiebogen mit mindestens entsprechend bemessener Bogenlänge voraus. Bei einer Verfahrbarkeit des Stoßwellenkopfes bspw. um  $250^\circ$  würde ein entsprechend bemessener Therapiebogen einen Behandlungstisch ober- und unterseitig weit übergreifen und dadurch die Bewegungsfreiheit eines behandelnden Arztes auf der Behandlungsseite des Patiententisches einschränken. Um dies zu verhindern, weist eine bevorzugte Anlagenvariante einen Therapiebogen auf, der orbital verfahrbar gelagert ist. Der Therapiebogen kann nun wesentlich kürzer sein, da sich der maximale Verfahrweg des Stoßwellenkopfes aus der Verfahrstrecke des

Therapiebogens einerseits und der Verfahrstrecke des Stoßwellenkopfes am Therapiebogen andererseits ergibt. Zur Verkürzung der Therapiebogenlänge ist es auch denkbar, dass dieser aus zwei gegeneinander orbital verschiebbaren Bogensegmenten gebildet ist. Eine andere Möglichkeit zur Bogenverkürzung besteht darin, den Ausleger so am Therapiebogen drehbar zu fixieren, dass sein Freiende in eine über ein Schenkelende des Therapiebogens hinausragende Position geschwenkt werden kann.

Bei einer zweiten Ausführungsform der Anlage ist die Tragvorrichtung ein mehrere über Gelenke verbundene Armsegmente aufweisender Gelenkarm, mit dessen Freiende das Fixierende des Auslegers verbunden ist. Während mit einem Therapiebogen eine Festlegung der Bewegung des Auslegers bzw. des Stoßwellenkopfes auf einer Kreisbahn verbunden ist, können die gewünschten Behandlungspositionen des Stoßwellenkopfes bei Verwendung eines Gelenkarms als Tragvorrichtung mit beliebigen Bewegungsbahnen angefahren werden, wobei dann eine Steuereinrichtung zur isozentrischen Ausrichtung des Stoßwellenkopfes erforderlich ist. Bei einer vorteilhaften Ausgestaltung ist der Freiheitsgrad des Gelenkarmes so eingeschränkt, dass er sich nur innerhalb einer zur Orbitalebene des Röntgen-C-Bogens parallelen Ebene bewegen kann. Dies wird zweckmäßiger Weise dadurch erreicht, dass die die Armsegmente verbindenden Gelenke des Gelenkarmes parallel zueinander und rechtwinklig zur Orbitalebene des Röntgen-C-Bogens verlaufende Drehachsen aufweisen, also all Scharniergelenke ausgebildet sind. Um den Stoßwellenkopf in jeder Winkelposition isozentrisch ausrichten zu können, ist der Ausleger drehbar mit dem Freiende des Gelenkarms verbunden.

Bei beiden Ausführungsformen ist ein Stoßwellenkopf vorgesehen, der von einem für Röntgenstrahlen durchlässigen, sich längs seiner Stoßwellenachse erstreckenden Zentralbereich durchsetzt ist. Diese Ausgestaltung lässt eine zielgenaue "Inline-Ortung" mit dem Röntgensystem ohne Lageveränderung des Stoßwellenkopfes, also auch während einer Lithotripsie-

handlung zu. Bei einer ebenfalls für beide Ausführungsformen vorteilhaften Ausgestaltung ist die Tragvorrichtung zusammen mit dem Stoßwellenkopf aus einer Behandlungsstellung in eine von einem Patiententisch bzw. einem darauf gelagerten Patienten entfernte Parkposition verfahrbar. Dadurch kann die Bewegungsfreiheit in dem sich zwischen Röntgen-C-Bogen und Kopfseite des Patiententisches befindlichen Raum bzw. allgemein im Abdominalbereich des Patienten erhöht werden.

5

10 Um eine Orbitalverfahrung des Röntgen-C-Bogens und des Therapiebogens bzw. eine Bewegung des Gelenkarms auf der Unterseite des Patiententisches nicht zu behindern, ist dieser endseitig, beispielsweise kopfseitig, also außerhalb des Bewegungsbereiches der genannten Vorrichtungen, gelagert.

15 Für eine weitere Beschreibung der Erfindung wird auf die Ausführungsbeispiele der Zeichnungen verwiesen. Es zeigen, jeweils in einer perspektivischen Prinzipdarstellung:

20 Fig. 1 eine Stoßwellen-Lithotripsie-Anlage in einer ersten Ausführungsform mit Stoßwellenkopf in Obertisch-Behandlungsposition und Röntgen-C-Bogen in Grundposition (Inline zum Stoßwellenkopf),

25 Fig. 2 die Anlage aus Fig. 1 mit Stoßwellenkopf in Untertisch-Behandlungsposition für die linke (maschinenferne) Patientenseite mit orbital in Inline-Position verschwenktem Röntgensystem,

30 Fig. 3 die Anlage aus Fig. 1 mit Therapie-C-Bogen und Stoßwellenkopf in Parkposition.

Fig. 4 die Stoßwellen-Lithotripsie-Anlage in einer zweiten Ausführungsform mit Gelenkarm und Stoßkopf in Parkposition und Röntgen-C-Bogen in Grundposition,

35

Fig. 5 die SWL-Anlage aus Fig. 4 mit geparktem, also ausgeschwenktem Röntgen-C-Bogen und Stoßkopf in Behandlungsposition (Untertisch - rechts),

5 Fig. 6 die Anlage aus Fig. 4 mit Stoßkopf in Behandlungsposition (Untertisch - links) und gekipptem Röntgen-C-Bogen in Inline-Position.

Fig. 1 zeigt eine SWL-Anlage 2 in einer ersten Ausführungsform, die folgende Teilkomponenten umfasst: einen Röntgen-C-Bogen 4, einen einen Stoßwellenkopf 6 tragenden, die erste Ausführungsform charakterisierenden Therapie-C-Bogen 8 als Tragvorrichtung, einen Patiententisch 10 und ein Anzeigemodul 12. Der Röntgen-C-Bogen 4 umfasst einen zweiteiligen Grundkörper 14, an dem ein C-Bogen-Segment 16 verfahrbar gelagert ist. Hierzu ist im Grundkörper 14 ein kreissegmentförmiges Lager 18 (nicht sichtbar) vorhanden, in dem das C-Bogen-Segment 16 möglichst spielfrei zwangsgeführ ist. Das C-Bogen-Segment 16 kann deshalb im Lager 18 in der durch den Doppelpfeil 20 angedeuteten Orbitalrichtung eindimensional bewegt werden.

Der zweiteilige Grundkörper 14 umfasst einen Sockel 24, der ortsfest ruht. An diesem ist, um eine waagerecht verlaufende Schwenkachse 26 drehbar, eine Führung 28 über ein Drehgelenk 30 angebracht. Die Schwenkachse 26 schneidet eine Längsachse 22 in einem Isozentrum 32. Um die Schwenkachse 26 ist der Röntgen-C-Bogen 4 angular verschwenkbar. Die orbitale Verschwenkbewegung des C-Bogen-Segments 16 erfolgt bei der in Fig. 1 gezeigten angularen Grundposition um eine waagerecht verlaufende Längsachse 22. Bei angularer Verschwenkung des Röntgen-C-Bogens 4 erfolgt dann dessen orbitale Verschwenkung um eine entsprechend zur Längsachse 22 gekippte Drehachse (nicht dargestellt).

35 An den beiden Enden des C-Bogen-Segments 16 sind eine Röntgenquelle 34 und ein Bildverstärker 36 montiert. Die Röntgen-

quelle 34 und der Bildverstärker 36 bilden zusammen ein Bildgebungssystem, dessen Zentralstrahl 38 ebenfalls durch das Isozentrum 32 verläuft. So ist sichergestellt, dass der Zentralstrahl 38 in jeder Angular- und Orbitalposition des C-  
5 Bogen-Segments 16 das Isozentrum 32 durchstößt.

In Fig. 1 ist das C-Bogen-Segment 16 in seiner Grundposition dargestellt, d.h. der Zentralstrahl 38 verläuft in senkrechter Richtung. Durch orbitales Verfahren des C-Bogen-Segments  
10 16 in Richtung 20 (wie z.B. in Fig. 2 dargestellt), spannt der mitwandernde Zentralstrahl 38 eine Orbitalebene 40 auf, welche den Zentralstrahl 38 und die Schwenkachse 26 beinhaltet. Die Orbitalebene 40 ist in Fig. 1 aus Gründen der Übersichtlichkeit nur in einem sehr kleinen Bereich schraffiert  
15 dargestellt, erstreckt sich jedoch auch über den schraffierten Bereich und den Durchmesser des Röntgen-C-Bogens 4 hinaus.

Der Therapie-C-Bogen 8 ist an seiner radial außen liegenden  
20 Seite 42 an einer Führung 44 gelagert. In der Führung 44 ist hierzu ein dem Lager 18 entsprechendes, nicht sichtbares Lager 46 vorhanden, an dem der Therapie-C-Bogen 8 in Richtung des Pfeils 48 orbital verfahrbar ist. Mit ihrem Ende 50 ist die Führung 44 am Lagerbock 52 eines Grundkörpers 54 gelagert. Hierbei ist ein nicht sichtbares Gelenk 56 zwischen Lagerbock 52 und Führung 44 angeordnet, welches eine Drehung um  
25 eine zur Längsachse 22 parallele Achse 58 erlaubt.

Alternativ oder zusätzlich zur dargestellten Ausführungsform  
30 können auch in den Figuren nicht dargestellte Führungsschienen mit entsprechenden Schlitten am Grundkörper 54 bzw. Lagerbock 52 und an der Führung 44 angebracht sein, auf denen der Therapie-C-Bogen 8 zusammen mit der Führung 44 z.B. parallel zur Achse 26 aus dem Patientenbereich wegschiebbar  
35 ist. Es sind auch andere Anordnungen von Schienen denkbar, so dass der Röntgen-C-Bogen 4 zusammen mit dem Stoßwellenkopf 6

entlang dieser in gewissen Grenzen zweidimensional bewegbar ist.

An der radial innen liegenden Seite 60 des Therapie-C-Bogens 8 ist ein Schlitten 62 ebenfalls in Richtung 48 orbital verfahrbar gelagert. Am Schlitten 62 ist ein Ausleger 64 mit seinem Fixierende 67 befestigt, der in Richtung zum Röntgen-C-Bogen 4 hin weist und an seinem Freiende 66 den Stoßwellenkopf 6 trägt. Zum orbitalen Verfahren des Stoßkopfes 6 werden 10 Schlitten 62 am Therapie-C-Bogen 8 und Therapie-C-Bogen 8 an der Führung 44 gleichzeitig verfahren, z.B. über einen im Inneren des Therapie-C-Bogens 8 angeordneten, in Fig. 1 nicht sichtbaren Kettenantrieb. Dass dabei die beiden eben genannten Bewegungen nicht mehr unabhängig voneinander sind, ist 15 für die Funktionalität der Anlage 2 unerheblich. Die Orbitalbewegungen von Therapie-C-Bogen 8 und Schlitten 62 erfolgen ebenfalls um die Längsachse 22.

Der gesamte Therapie-C-Bogen 8 mit seinem Grundkörper 54 ist 20 um einen Axialabstand zum Röntgen-C-Bogen 4 bzw. zur Orbitalebene 40 parallel versetzt, das heißt, die Ebene, die der Therapie-C-Bogen 8 aufspannt, liegt parallel zur Orbitalebene 40 und zu dieser beabstandet. Der Ausleger 64 erstreckt sich 25 in Richtung auf den Röntgen-C-Bogen 4 soweit hin, dass der an ihm befestigte Stoßwellenkopf 6 wiederum in der Orbitalebene 40 liegt. Der Abstand ist derart bemessen, dass ein Fokuspunkt 70 einer vom Stoßwellenkopf 6 ausgesandten, in Fig. 1 durch den Kegel 72 dargestellten Ultraschallstoßwelle in der Orbitalebene 40 liegt, wobei die Kegelspitze den Fokuspunkt 30 70 bildet und im Isozentrum 32 liegt. Der Stoßwellenkopf 6 ist ein Ultraschall-Stoßwellenkopf zur Erzeugung eines im Fokuspunkt 70 fokussierten Ultraschallimpulses.

Die Stoßachse 68, also die Ausbreitungsrichtung des Ultraschallpulses, führt hierbei durch den Fokuspunkt 70, liegt in 35 der Orbitalebene 40 und fällt in Fig. 1 mit dem Zentralstrahl 38 zusammen. Aus diesem Grund spricht man in Fig. 1 von einer

sogenannten Inline-Position von Stoßwellenkopf 6 und Röntgen-  
system 34,36. Durch eine die Stoßachse 68 umgebende röntgen-  
transparente Zone 96 (in Fig. 2 sichtbar) im Stoßwellenkopf 6  
kann nämlich während der Stoßwellenbehandlung eines Patienten  
5 76 eine gleichzeitige Röntgenortung des zu behandelnden Ob-  
jekts bzw. eine Durchleuchtung der Umgebung des Fokuspunktes  
70 im Inneren des Patientenkörpers stattfinden. Die von der  
Röntgenquelle 34 ausgesandten Röntgenstrahlen können die  
10 röntgentransparente Zone 96 des Stoßwellenkopfes 6 entlang  
des Zentralstrahls 38 durchdringen. Gleichzeitig ist der  
Stoßwellenkopf 6 auf der Bauchseite des Patienten positio-  
niert, um z.B. einen Stein im Harnleiter des Patienten zu be-  
handeln. Hier spricht man von der sogenannten Obertisch-  
Behandlungsposition.  
15 Durch die koaxiale Anordnung von Röntgen-C-Bogen 4 und Thera-  
pie-C-Bogen 8 bleibt die Lage des Fokuspunktes 70 im Iso-  
zentrum 32 in jeder Verfahrposition des Stoßwellenkopfes 6  
erhalten. Die Stoßachse 68 liegt immer in der Orbitalebene  
20 40.

Die exakte geometrische Ausrichtung von Gelenkarm 8 und Rönt-  
gen-C-Bogen 4 zueinander erfolgt dadurch, dass der Grundkör-  
per 14 und der Grundkörper 54 auf einem gemeinsamen Fußteil  
25 74 montiert sind. Die Ausrichtung wird hierbei bei der Her-  
stellung der SWL-Anlage 2 im Werk vorgenommen.

Der Behandlungspunkt der SWL-Anlage 2, in dem der Fokuspunkt  
70 zu lazieren ist, liegt immer im Isozentrum 32. In einer  
30 Bildgebungsphase der Behandlung des Patienten 76 wird dieser  
deshalb mit seiner zu behandelnden Stelle ins Isozentrum 32  
gebracht (In Fig. 1 bereits geschehen). Um die zu behandelnde  
Stelle im Inneren des Patienten 76 nichtinvasiv zu orten,  
liefert das Bildgebungssystem, bestehend aus Röntgenquelle 34  
35 und Bildverstärker 36 Röntgenaufnahmen, welche auf Bildschir-  
men 82 des Anzeigemoduls 12 dargestellt werden. Über den fle-  
xiblen, gewichtsausgeglichenen Tragarm 84 kann der Bildschirm

82 in eine günstige Betrachtungsposition für das Bedienpersonal der Anlage 2 verfahren werden. Um den Behandlungspunkt dreidimensional zu orten, werden mindestens zwei Röntgenbilder des Patienten 76, eventuell bei zunächst weggeschwenktem  
5 Stoßwellenkopf 6 erstellt, in dem der Röntgen-C-Bogen 4 um die Achsen 22 (orbitale Ortung) oder 26 (angulare Ortung) z.B. zwischen den in Fig.1 und Fig.2 dargestellten Positionen verschwenkt wird. Zum Verfahren des Patienten 76 ist eine Liegefläche 78, auf der der Patient 76 ruht, an einem fest  
10 installierten Sockel 80 kopfgelagert und in sämtliche Raumrichtungen 90 linear verfahrbar.

Das Heranführen des Stoßwellenkopfes 6 an den Patienten 76 kann auf zwei Arten erfolgen. Entweder wird die Behandlungsposition des Patienten 76 zuerst aufgesucht und dann markiert, z.B. bei einem motorisch verfahrbaren Liegefläche 78 elektronisch gespeichert. Die Liegefläche 78 zusammen mit dem Patienten 76 wird danach ein Stück verfahren, damit der Stoßwellenkopf 6 in die in Fig. 1 gezeigte Position verfahren  
20 werden kann, dann wird der Patient 76 an den Stoßwellenkopf 8 von unten her herangefahren, bis die oben gespeicherte Behandlungsposition wieder erreicht ist. Somit ist die in Fig. 1 dargestellte Position hergestellt.

25 Alternativ kann wegen des um die Achse 58 schwenkbaren gesamten Therapie-C-Bogens 8 die Ankopplung des Stoßwellenkopfes 6 auch an den in Behandlungsposition gebrachten und von nun an ruhenden Patienten 76 erfolgen, indem der vorher nach oben geschwenkte Therapie-C-Bogen 8 zusammen mit dem Stoßwellenkopf 6 auf den nach oben weisenden Bauch des Patienten 76 abgesenkt wird. Diese Ankoppelvariante gilt insbesondere für  
30 die Ausführungsform der SWL-Anlage 2 gemäß Fig.4 bis Fig.6.

Ist der Stoßwellenkopf 6 an den Patienten 76 angekoppelt,  
35 kann mit der Behandlung durch Einschalten der Ultraschallstoßwelle begonnen werden.

Um eine weitere Drehachse 86, die senkrecht den Grundkörper 14 und das Fußteil 74 durchsetzt, ist der gesamte Röntgen-C-Bogen 4 aus dem Patientenbereich weg schwenkbar (in den Figuren nicht dargestellt), wenn er gerade nicht benötigt wird, 5 was den Zugang für das Behandlungspersonal zum Patienten 76 erhöht. Das Verschwenken erfolgt aus der in Fig. 1 dargestellten Grundposition in Richtung des Pfeils 88.

Ein Ausweichen des Stoßwellenkopfes 6, bedingt durch sein Eigengewicht und den Anpressdruck am Patienten und die Verformung des Therapie-C-Bogens 8 kann z.B. durch eine leichte Verschwenkung des Therapie-C-Bogens 8 um die Achse 58 korrigiert werden. 10

15 Die in Fig. 2 dargestellte Behandlungsposition, nämlich die sogenannte Untertisch-Links-Position behandelt beispielsweise die linke Niere des Patienten 76. Der Stoßwellenkopf 6 ist in Untertischposition verschwenkt. Der in Fig. 2 von der Röntgenquelle 34 verdeckte Schlitten 62 ist gegenüber Fig. 1 an 20 das entgegengesetzte Ende des Therapie-C-Bogens 8 verfahren. Zusätzlich ist der Therapie-C-Bogen 8 selbst in seiner Führung 44 an das gegenüber Fig. 1 entgegengesetzte Ende verfahren. Der Stoßwellenkopf 6 ragt in eine Aussparung 92 der Liegefläche 78, um möglichst nah zum direkten Kontakt an den Patienten 76 heran gebracht zu werden. Der Kegel 72 der vom 25 Stoßwellenkopf 6 erzeugten Ultraschallstrahlen durchsetzt hierbei einen nicht dargestellten, wassergefüllten Koppelbalg, welcher zwischen Stoßwellenkopf 6 und Patient 76 unter Zwischenlage von Gel angekoppelt ist und weiter das Körperge 30 webe des Patienten soweit, dass der Fokuspunkt 70 das Zentrum eines nicht dargestellten Nierensteins im Körper des Patienten 76 trifft.

Bezüglich der Achse 26 befindet sich der Röntgen-C-Bogen wie 35 in Fig. 1 in Grundposition. Allerdings ist er in Richtung 20 im Gegenuhrzeigersinn um ca. 40 Grad verschwenkt, um den Pa-

tienten 76 schräg zu durchleuchten. Die 40-Grad-Position ist eine übliche Position zur Behandlung von Nierensteinen.

5 In Fig. 2 ist zu erkennen, daß der Stoßwellenkopf 6 am Ausleger 64 exzentrisch angebracht ist, nämlich an der in Untertischposition anlagenabgewandten Seite des Auslegers 64. Hierdurch steht der Stoßwellenkopf 6 in Richtung Vorderseite 94 der Liegefläche weiter vom Patiententisch 10 vor als der Therapie-C-Bogen 8 und der Ausleger 64. Der in der Regel an 10 der Vorderseite 94 neben dem Patiententisch 10 stehende Arzt ist hierdurch so wenig wie möglich in seiner Bein- bzw. Bewegungsfreiheit eingeschränkt. Da in Obertischposition die in Fig. 1 gezeigte 180-Grad Position des Stoßwellenkopfes 6 die äußerste Position des Stoßwellenkopfes 6 ist, ist auch hier 15 der Überstand von Therapie-C-Bogen 8 und Ausleger 64 für den behandelnden Arzt in dessen Kopfbereich tragbar. Außerdem steht hierdurch eine weitere Möglichkeit zu Verfügung, den C-Bogen zu verkleinern.

20 In Fig. 2 ist die zentrale röntgentransparente Zone 96 im Stoßwellenkopf 6 sichtbar, die zur Inline-Ortung bei der Stoßwellenbehandlung dient. Wegen des ortsfest ruhenden Isozentrums 32 ist die Liegefläche 78 gegenüber Fig. 1 etwas erhöht und zur rechten Patientenseite hin verschoben, um statt 25 dessen Harnleiter dessen linke Niere im Behandlungspunkt, also dem Isozentrum 32 zu platzieren.

30 Fig. 3 zeigt den Therapie-C-Bogen 8 in Parkposition. Der gesamte Therapie-C-Bogen 8 zusammen mit dem Stoßwellenkopf 6 ist aus der in Fig. 1 gezeigten Position um die Achse 58 nach oben um ca. 90 Grad verschwenkt. Hierdurch wird der gesamte Patientenoberkörperbereich freigegeben, was den Zugang für Behandlungspersonal zum Patienten 76 deutlich erleichtert. Dies ist in einer Notsituation oder bei der Behandlungsvor- 35 oder -nachbereitung von Vorteil.

Fig. 4 zeigt die SWL-Anlage 2 in einer alternativen Ausführungsform, nämlich mit einem Gelenkarm 208 als Tragvorrichtung.

5 Der Gelenkarm 208 ist mit seinem einen Ende 242 am Lagerbock 244 des Grundkörpers 54 gelagert. Hierbei ist ein Gelenk 248 zwischen Lagerbock 244 und einem Armsegment 250 angeordnet, welches eine Drehung um eine zur Längsachse 22 parallele Achse 252 erlaubt. Zwischen dem Armsegment 250 und einem weiteren 10 Armsegment 254 ist ein weiteres Gelenk 256 angebracht, welches um eine ebenfalls parallel zur Längsachse 22 verlaufende Achse 258 schwenkbar ist. Am Freiende 260 des Gelenkarms 208 ist ein weiteres Gelenk 262 angebracht, welches das Armsegment 254 mit dem Ausleger 64 verbindet und dessen Drehung zusammen mit dem Stoßkopf 6 um die ebenfalls parallel 15 zur Längsachse 22 verlaufende Achse 266 erlaubt.

Der gesamte Gelenkarm 208 mit seinem Grundkörper 46 ist um einen Axialabstand zum Röntgen-C-Bogen 4 bzw. zur Orbitalebene 40 parallel versetzt, das heißt, die Längsachsen der Armsegmente 250 und 254 verlaufen parallel zur Orbitalebene 40. Der Ausleger 64 erstreckt sich in Richtung auf den Röntgen-C-Bogen 4 soweit hin, dass der an ihm befestigte Stoßkopf 6 wiederum in der Orbitalebene 40 liegt. Der Abstand ist derart 25 bemessen, dass der Fokuspunkt 70 der vom Stoßkopf 6 ausgesandten, in Fig. 4 durch den Kegel 72 dargestellten Ultraschallstoßwelle in der Orbitalebene 40 liegt. Die Stoßachse 68 führt wieder durch den Fokuspunkt 70 und liegt in der Orbitalebene 40.

30 Durch die Parallelität sämtlicher Achsen 252, 258 und 266, um welche die Einzelteile des Gelenkarms 208 schwenkbar sind, ist der Fokuspunkt 70 lediglich zweidimensional verschiebbar und zwar stets innerhalb eines durch die Abmessungen des Gelenkarms 208 begrenzten Bereiches der Orbitalebene 40. Insbesondere kann der Fokuspunkt 70 durch Verschwenken des Gelenkarms 208 zum Isozentrum 32 geführt werden.

In Fig. 4 ist der Gelenkarm 208 und der Stoßkopf 6 in eine sogenannte Parkposition verfahren, d.h. möglichst weit aus dem Umgebungsbereich des auf dem Patiententisch 10 ruhenden Patienten 76 herausgefahren. Der Zugang zum Patienten 76 von allen Seiten für nicht dargestelltes Behandlungspersonal bzw. Ärzte ist somit behinderungsfrei möglich. In der in Fig. 4 dargestellten Situation ist kann z.B. eine Bildgebungsphase vor oder nach der Behandlung des Patienten 76 erfolgen. In Fig. 4 ist zwar der Ultraschallkegel 72 und der Fokuspunkt 70 dargestellt, jedoch die Ultraschallquelle in der Regel ausgeschaltet.

Liegt der zu behandelnde Körperbereich des Patienten 76 im Isozentrum 32, so wird der Stoßkopf 6 durch Verschwenken des Gelenkarms 208 zum Patienten hin geführt. Der Patient muss hierzu nicht erneut bewegt werden. Der Röntgen-C-Bogen 2 ist hierbei um die Schwenkachse 26 kurzfristig aus seiner in Fig. 4 gezeigten angularen Grundposition wegzukippen, um eine Kollision zu vermeiden. Ist der Fokuspunkt 70 ins Isozentrum 32 verbracht, kann mit der Behandlung durch Einschalten der Ultraschallstoßwelle begonnen werden.

Um die Drehachse 86, die senkrecht den Grundkörper 14 und das Fußteil 74 durchsetzt, ist der gesamte Röntgen-C-Bogen 4 aus dem Patientenbereich weg schwenkbar, was den uneingeschränkten Zugang für das Behandlungspersonal zum Patienten 76 ermöglicht. Diese Parkposition des Röntgen-C-Bogens 4 ist in Fig. 5 dargestellt. Der Gelenkarm 208 ist statt dessen in eine Behandlungsposition verfahren, bei der der Fokuspunkt 70 mit dem Isozentrum 32 zusammenfällt. So kann die rechte Niere aus ca. 40°-Position rückwärts des Patienten 76 behandelt werden - dies ist die sogenannte Untertisch-rechts-Position.

In den Gelenken 248, 256 und 262 sind nicht dargestellte Winkelauflnehmer vorhanden, welche die jeweilige Drehposition des betreffenden Gelenks erfassen und an einen nicht dargestell-

ten Zentralrechner weiterleiten. Die jeweilige Position der Armsegmente 250 und 252 bzw. des Stoßwellenkopfes 6 und somit des Fokuspunkts 70 kann aus den bekannten Abmessungen des gesamten Gelenkarms 208 durch Erfassung der Drehwinkel der Ge-  
5 lenke 248, 256 und 262 auf geeignete Weise im Zentralrechner ermittelt werden. Dieser steuert die ebenfalls nicht darge-  
stellten Motoren in den Gelenken 248, 256 und 262 derart an,  
dass der Fokuspunkt 70 exakt im Isozentrum 32 zu liegen  
kommt. Eine automatisierte Steuerung des gesamten Gelenkarms  
10 208 bzw. dessen Bewegung ist so ermöglicht.

Auf Grund des weg geschwenkten Röntgen-C-Bogens 4 sind die Längsachse 22, Schwenkachse 26 und Zentralstrahl 38 aus Fig.  
4 nochmals gestrichelt eingezeichnet. Auf Grund der platzspa-  
15 renden Anordnung des Gelenkarms 208 auf nur einer Seite des Patienten 76, nämlich der rechten, welche in Fig. 5 auch Be-  
handlungsseite ist, ist der Zugang zum Patienten mit größtmöglichen Freiraum ermöglicht. Der Stoßkopf 6 ragt hierbei in  
eine der Aussparung 92 gegenüberliegende Aussparung 288 der  
20 Liegefläche 78, um wieder möglichst nah zum direkten Kontakt an den Patienten 76 heran gebracht zu werden.

Der Röntgen-C-Bogen 4 ist um die parallel zur Orbitalebene 40 und senkrecht zu den Drehachsen 252, 258, und 266 verlaufende  
25 Drehachse 86 (in Fig. 5 verdeckt) schwenkbar. Da die Drehachsen 252, 258, und 266 üblicherweise waagerecht verlaufen, die Orbitalebene 40 senkrecht steht, steht die Drehachse 86 für den Röntgen-C-Bogen 2 üblicherweise ebenfalls senkrecht. Der Röntgen-C-Bogen 2 kann somit nach Art der Bewegung einer Türe  
30 aus dem Behandlungsgebiet weg geschwenkt werden, wenn er nicht benötigt wird. Trotz weggeschwenktem Röntgen-C-Bogen 4 bleibt die Behandlung des Patienten 76 mit dem Stoßwellenkopf 6 ortsgenau, da sich deren Ortsposition zur SWL-Anlage 2 dadurch nicht verändert.

35 In einer derartigen Position der SWL-Anlage 2 ist dann eine Inline-Ultraschallortung möglich. Der Zugang zum Patienten 76

ist dann nämlich auch von der maschinenzugewandten Rückseite des Patiententisches 10 möglich. Durch den zur Kopfseite des Patienten 76 hin versetzten Gelenkarm 208 ist die Rückseite des Stoßwellenkopfes 6 frei zugänglich. So kann in eine nicht 5 dargestellte zentrale Öffnung im Stoßwellenkopf 6 ein nicht dargestellter Ultraschall-Applikator eingesetzt werden und hierdurch eine Ultraschallortung des zu behandelnden Objekts im Patientenkörper durchgeführt werden. Die zentrale Öffnung ist etwa im Bereich der röntgentransparenten Zone 96 angeordnet.  
10

Fig. 6 zeigt eine Betriebssituation der Anlage 2, in der gleichzeitig zur Stoßwellenbehandlung des Patienten 76 mit Hilfe des Stoßkopfes 6 eine Röntgendifurchleuchtung mit Hilfe 15 des Röntgen-C-Bogens 4 erfolgt. Der Stoßwellenkopf 6 befindet sich in der Inline-Position. Die von der Röntgenquelle 34 ausgesandten Röntgenstrahlen können durch die röntgentransparente Zone 96 entlang des Zentralstrahls 38 den Stoßwellenkopf 6 durchdringen. Gleichzeitig ist der Stoßwellenkopf 6 20 auf der linken Patientenseite entsprechend zu Fig. 5, also in ca. -40°-Position positioniert, um z.B. einen Nierenstein der linken Niere des Patienten zu behandeln (Untertisch-Links-Position wie in Fig. 2). Wegen des ortsfest ruhenden Isozentrums 32 ist die Liegefläche 78 gegenüber Fig. 5 etwa um 25 den Abstand der Nieren des Patienten zur rechten Patientenseite hin verschoben. Der Fokuspunkt 70 fällt wieder mit dem Isozentrum 32 zusammen. Die Röntgenanordnung ist um die Längsachse 22 gekippt, um den Patienten 76 schräg zu durchleuchten. Die Aussparung 92 in der Liegefläche 78 bietet wie- 30 derum Platz für den Stoßkopf 6.

Aus Fig. 6 wird deutlich, dass obwohl sich der Stoßkopf 6 auf der gerätefernen Seite des Patiententisches 10 befindet, dieser kaum über die geräteferne Tischkante 294 hinausragt und 35 somit den behandelnden Arzt genügend Beinfreiheit gibt und damit weiterhin größtmöglichen Patientenzugang erlaubt. Im Gegensatz zum ersten Ausführungstyp ist bei einem Gelenkarm

208 als Tragvorrichtung auch in Obertischposition (in den Figuren nicht gezeigt) außer dem Stoßwellenkopf 6 kein weiteres Bauteil im Kopf- oder Fußbereich des Arztes störend vorhanden.

5

Befinden sich Patient 76 und Liegefläche 78 sich in einer seitlichen Mittenposition zwischen den in Fig. 5 und 6 dargestellten Positionen, dann ist die dritte wesentliche, nicht in den Figuren dargestellte Möglichkeit gegeben, den Patienten 76 zu behandeln. Bei gegenüber Fig. 5 und 6 etwas abgesenkter Patientenlage ist der Stoßkopf 6 in Obertischposition verfahrbar, um den Patienten 76 von oben her, also dessen Bauchseite zentral im Harnleiterbereich zu behandeln. Der Stoßwellenkopf 6 wäre dann z.B. in Fig. 4 auf der Bauchoberseite des Patienten 76 zwischen diesem und dem Bildverstärker 36 angeordnet, so dass auch gleichzeitig wieder eine Röntgendarstellung (Inline) des Patienten 76 stattfinden kann. Auch hier ragt kein Bauteil der Anlage 2 über die Tischkante 294 zur maschinenfernen Seite, an der der Arzt sich aufhält, hinaus. Ausgehend von der Position in Fig. 3 kann dies durch Kippen des Armsegments 254 um die Achse 258 und Kippen des Stoßkopfes 6 um die Achse 266 erfolgen.

**Patentansprüche**

1. Anlage (2) zur bildgestützten Stoßwellenbehandlung, mit folgender Ausgestaltung:
  - 5 - sie umfasst einen orbital um ein Isozentrum (32) verfahrba- ren Röntgen-C-Bogen (4) mit einem Röntgensystem (34,36), ei- nen Stoßwellenkopf (6) und eine seitlich vom und ortsfest zum Röntgen-C-Bogen (4) angeordnete Tragvorrichtung für den Stoß- wellenkopf (6),
  - 10 - ein sich zum Röntgen-C-Bogen (4) hin erstreckender Ausleger (64) ist mit seinem Fixierende (67) mit der Tragvorrichtung verbunden und trägt mit seinem Freiende (66) den Stoßwellenkopf (6),
  - der Ausleger (64) ist mit Hilfe der Tragvorrichtung derart
  - 15 beweglich geführt, dass der Stoßwellenkopf (6) in der Orbi- talebene (40) innerhalb eines Winkelbereiches von mindestens 180° ober- und unterhalb eines Patiententisches (10) beliebig positionierbar und auf das Isozentrum (32) ausrichtbar ist.
- 20 2. Anlage (2) nach Anspruch 1, bei der der Ausleger (64) in einer zur Orbitalebene (40) des Röntgen-C-Bogens (4) paralle- len Ebene zwangsgeführt ist.
- 25 3. Anlage (2) nach Anspruch 1 oder 2, bei der die Tragvor- rrichtung ein zum Röntgen-C-Bogen (4) axial versetzt und ko- axial angeordneter C-Bogen (8) ist, an dem der Ausleger (64) mit seinem Fixierende (67) orbital verfahrbar gelagert ist.
- 30 4. Anlage (2) nach Anspruch 3, bei der der C-Bogen (8) orbi- tal verfahrbar gelagert ist.
5. Anlage (2) nach Anspruch 1 oder 2, bei der die Tragvor- rrichtung ein mehrere, über Gelenke (248,256,262) verbundene Armsegmente (250,254) aufweisender Gelenkarm (208) ist, mit

dessen Freiende (260) das Fixierende (67) des Auslegers (64) verbunden ist.

6. Anlage (2) nach Anspruch 5, bei der alle Gelenke (248,256,262) des Gelenkarms (208) parallel zueinander und rechtwinklig zur Orbitalebene (40) des Röntgen-C-Bogens (4) verlaufende Drehachsen (252,258,266) aufweisen, wobei der Ausleger drehbar mit dem Freiende des Gelenkarms (208) verbunden ist.
- 10 7. Anlage (2) nach einem der vorhergehenden Ansprüche, bei der der Stoßwellenkopf (6) von einem für Röntgenstrahlen durchlässigen, sich längs seiner Stoßwellenachse (68) erstreckenden Zentralbereich (96) durchsetzt ist.
- 15 8. Anlage (2) nach einem der vorhergehenden Ansprüche, bei der der Röntgen-C-Bogen (4) angular verschwenkbar ist.
9. Anlage (2) nach einem der vorhergehenden Ansprüche, bei 20 der die Tragvorrichtung zusammen mit dem Stoßwellenkopf (6) aus einer Behandlungsstellung in eine vom Patiententisch (10) bzw. einem darauf gelagerten Patienten (76) entfernte Parkposition verfahrbar ist.
- 25 10. Anlage (2) nach einem der vorhergehenden Ansprüche, mit einem den Röntgen-C-Bogen (4) durchsetzenden Patiententisch (10) der außerhalb des Verfahrbereichs von Röntgen-C-Bogen (4) und Tragvorrichtung gelagert ist.

30

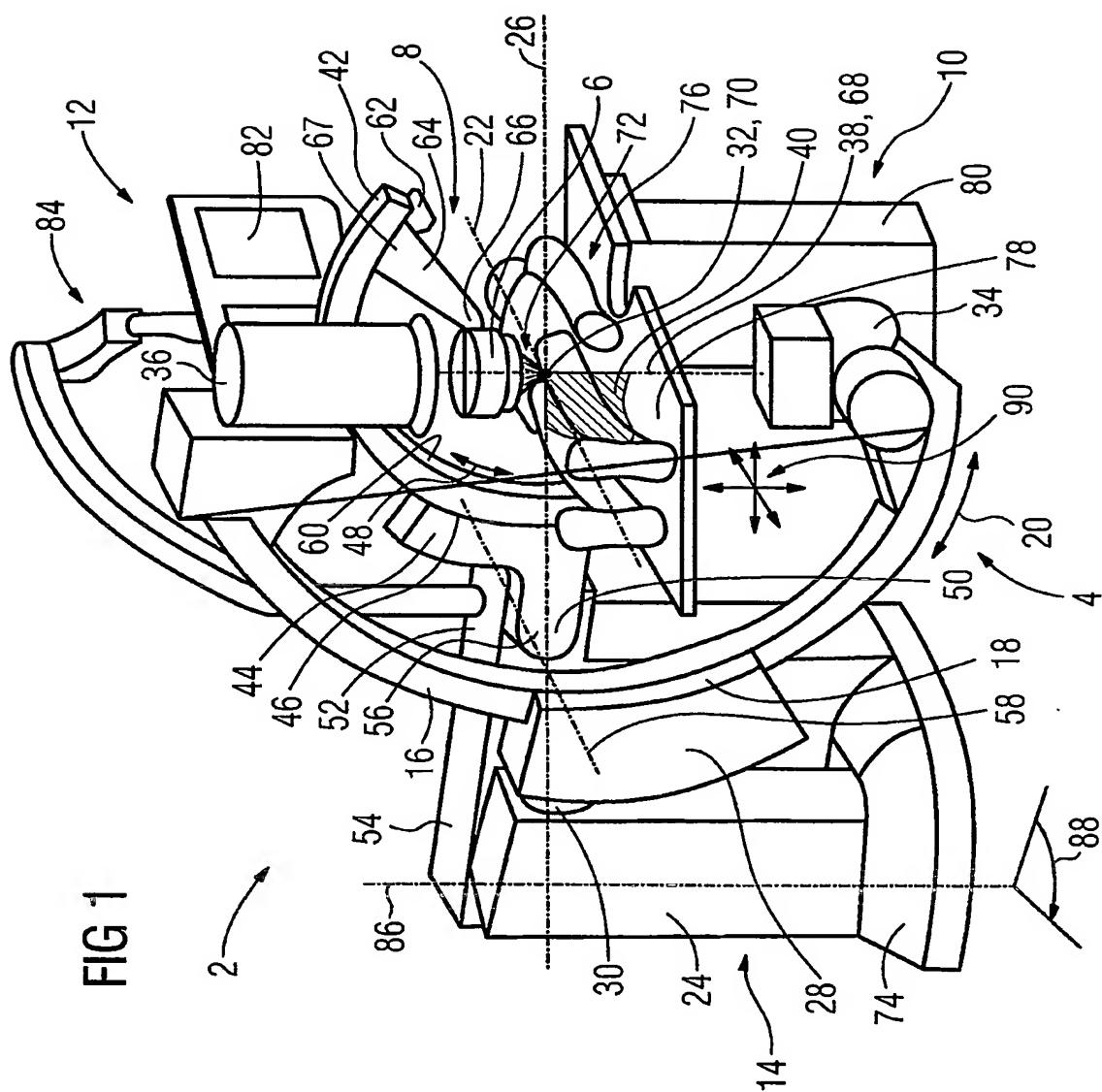
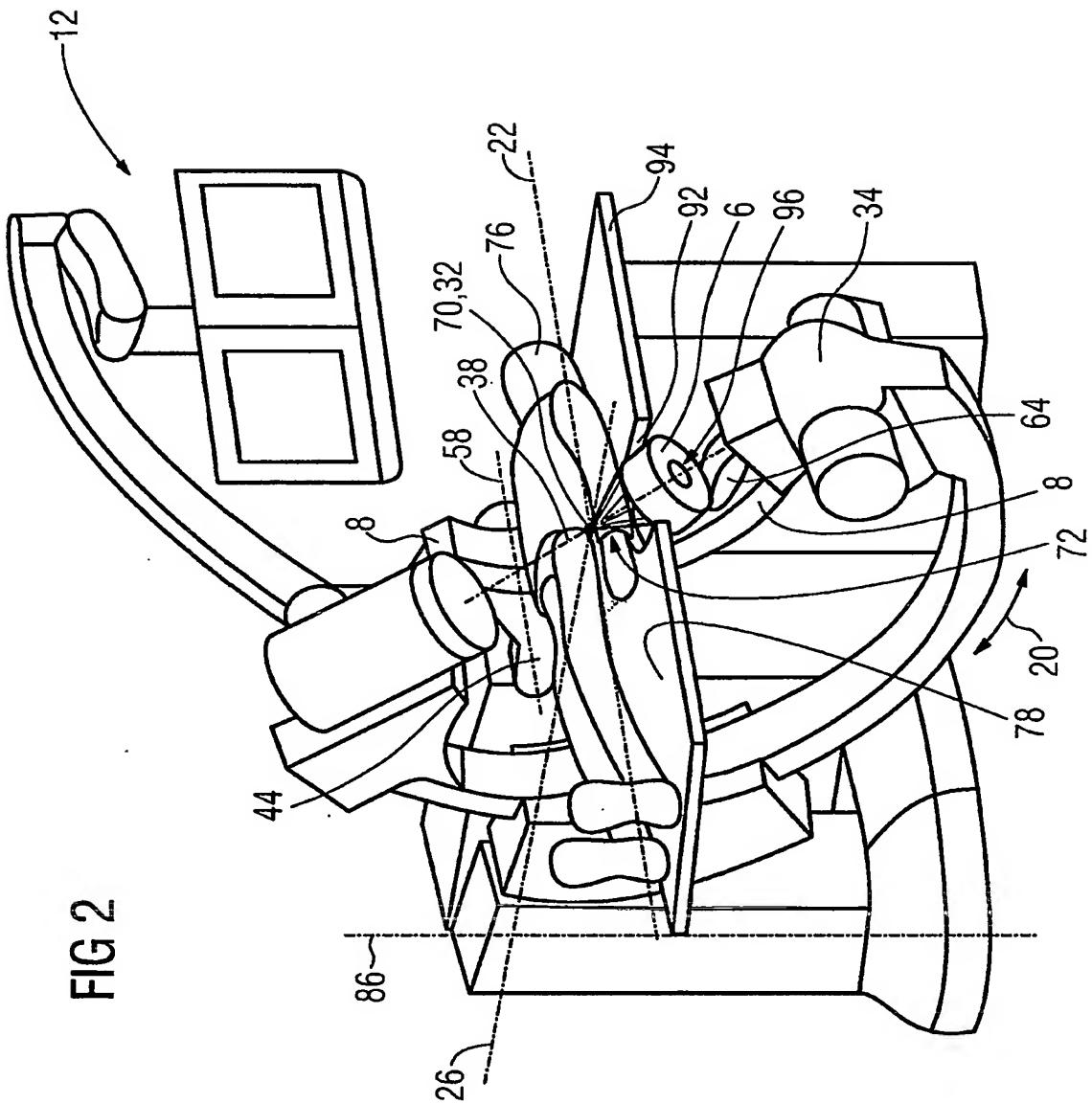


FIG 2



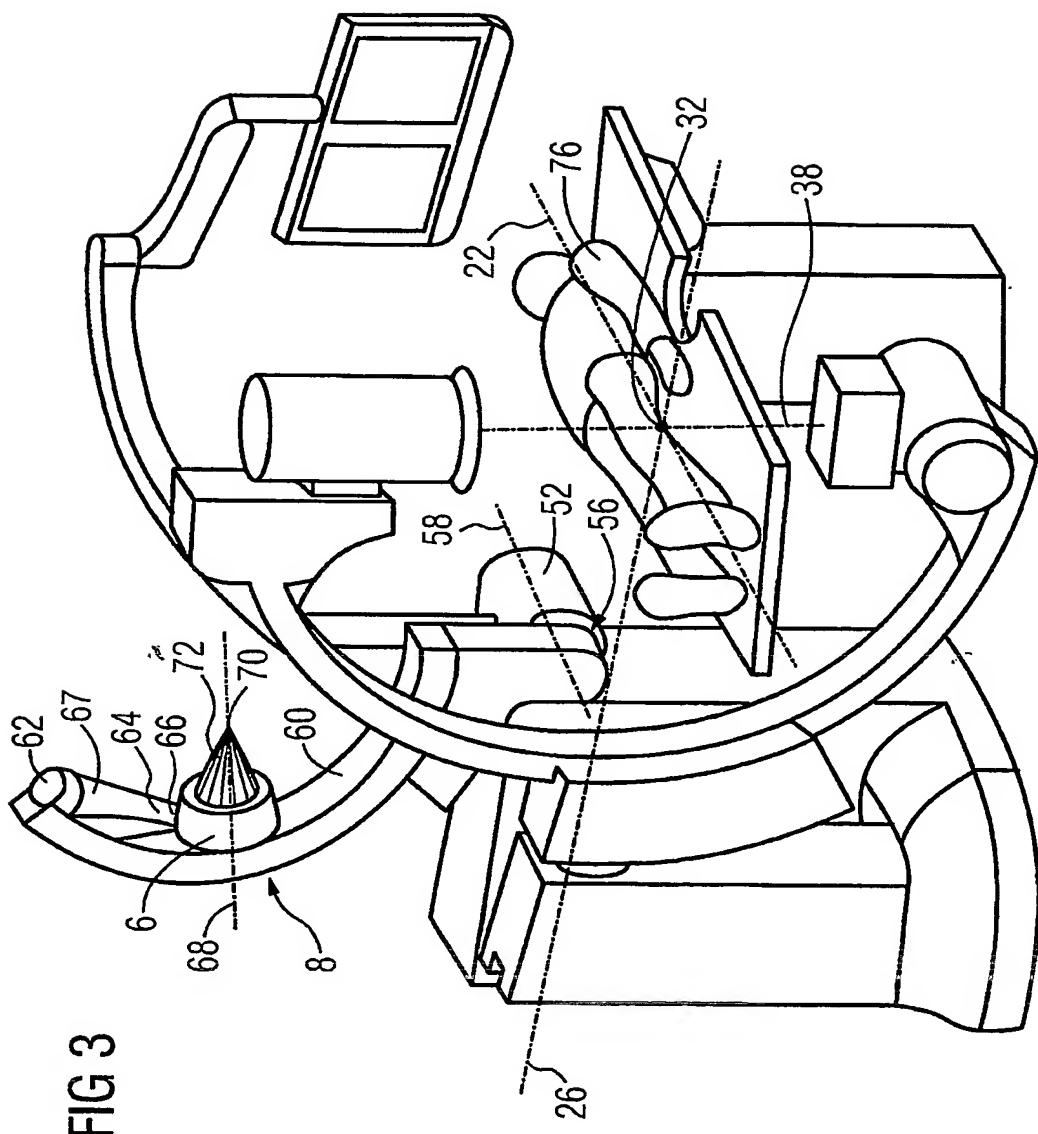
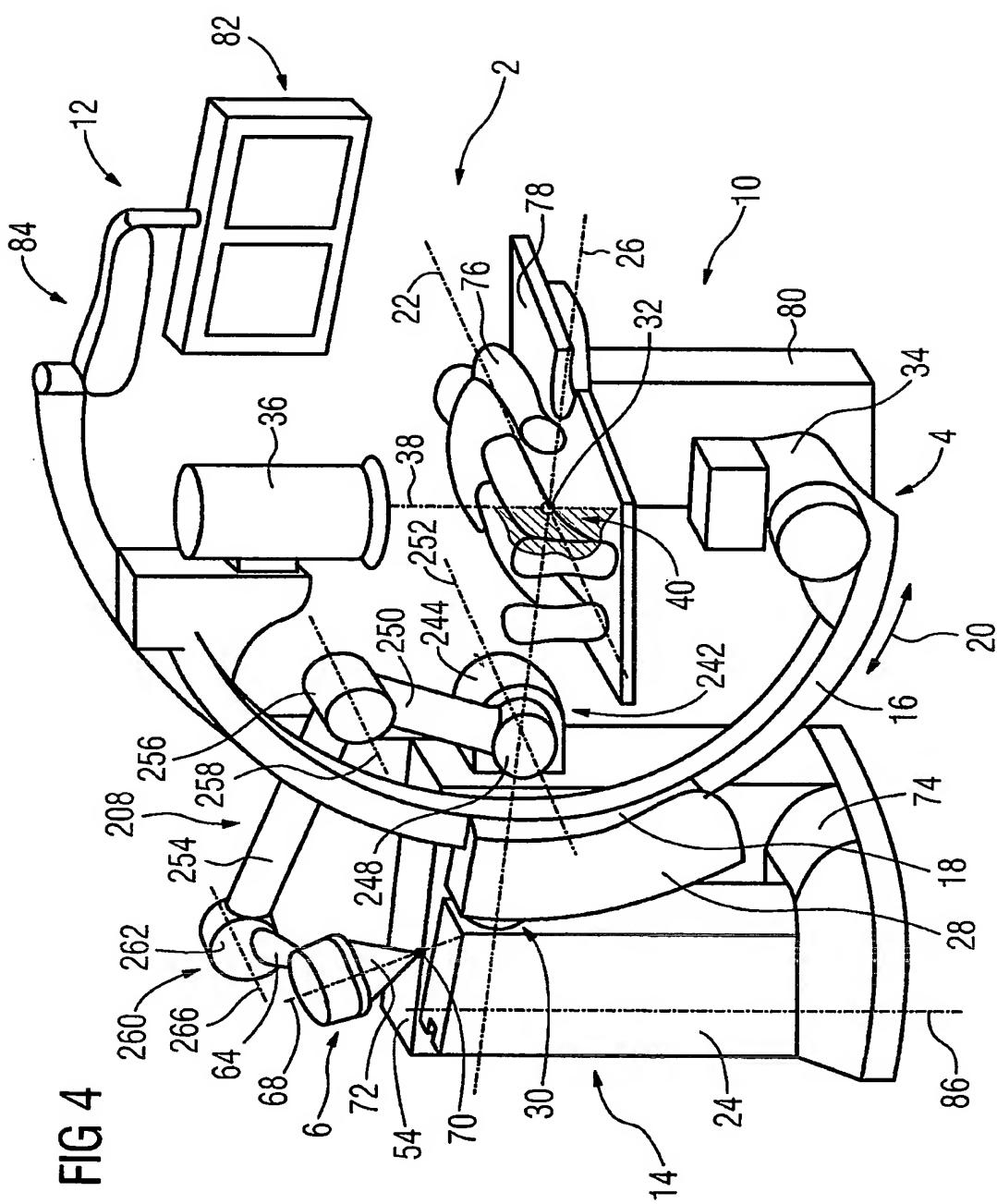
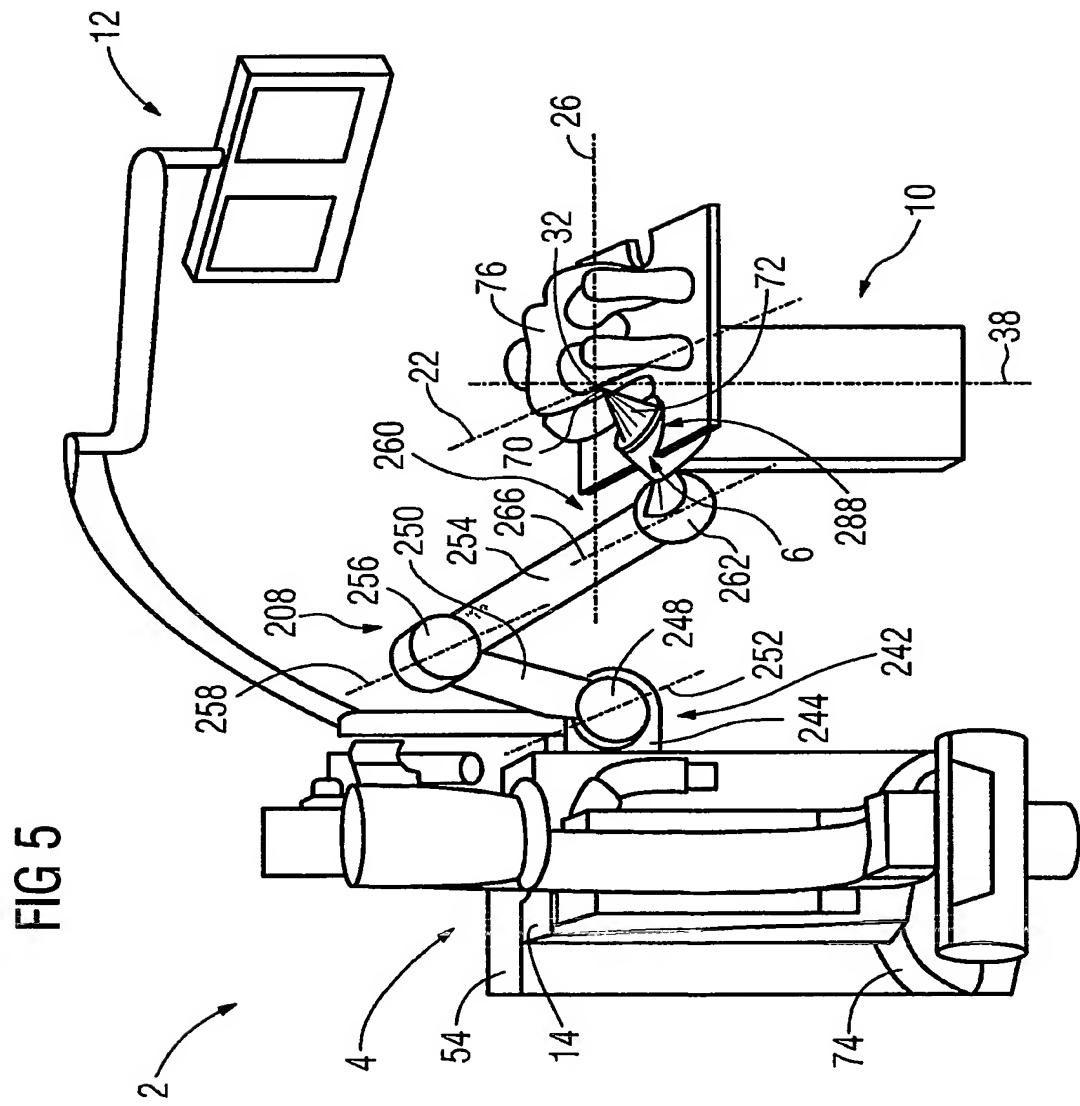


FIG 4





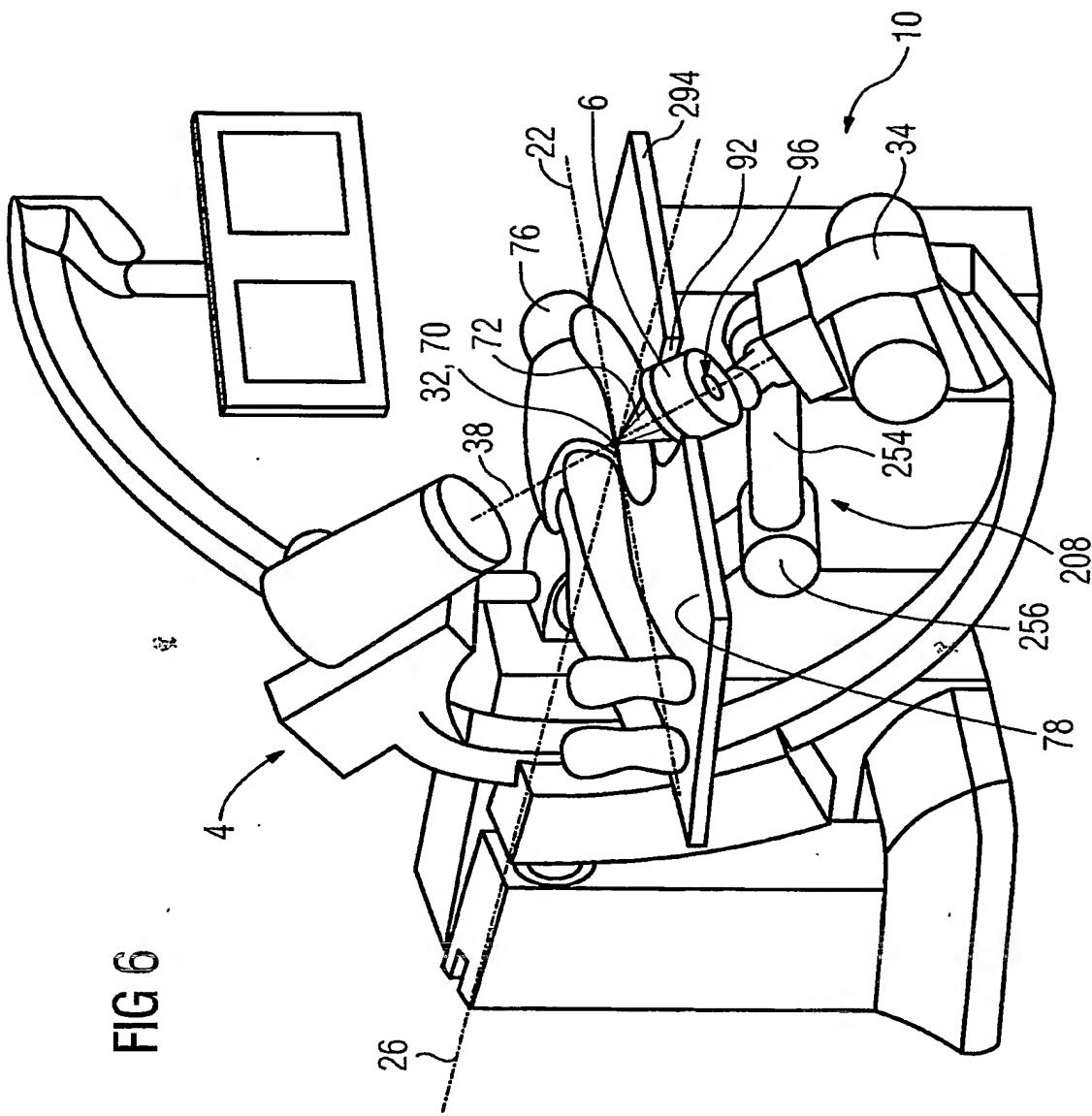


FIG 6

## INTERNATIONAL SEARCH REPORT

International Application No  
PCT/EP2005/050704A. CLASSIFICATION OF SUBJECT MATTER  
IPC 7 A61B17/22

According to International Patent Classification (IPC) or to both national classification and IPC

## B. FIELDS SEARCHED

Minimum documentation searched (classification system followed by classification symbols)  
IPC 7 A61B

Documentation searched other than minimum documentation to the extent that such documents are included in the fields searched

Electronic data base consulted during the International search (name of data base and, where practical, search terms used)

EPO-Internal

## C. DOCUMENTS CONSIDERED TO BE RELEVANT

Category *	Citation of document, with indication, where appropriate, of the relevant passages	Relevant to claim No.
X	US 2003/078523 A1 (BURKHARDT MICHAEL ET AL) 24 April 2003 (2003-04-24) paragraph '0034! - paragraph '0040!; figures 1-6	1-10
Y	US 5 044 354 A (GOLDHORN ET AL) 3 September 1991 (1991-09-03) column 7, line 54 - column 8, line 66; figures 5-10 column 11, line 57 - column 13, line 66	5, 6
X	DE 298 24 080 U1 (DORNIER MEDTECH HOLDING INTERNATIONAL GMBH) 25 May 2000 (2000-05-25) cited in the application abstract; figure 1	1-4, 7-10
Y		5, 6
A		1
		-/-

 Further documents are listed in the continuation of box C. Patent family members are listed in annex.

## \* Special categories of cited documents :

- "A" document defining the general state of the art which is not considered to be of particular relevance
- "E" earlier document but published on or after the International filing date
- "L" document which may throw doubts on priority claim(s) or which is cited to establish the publication date of another citation or other special reason (as specified)
- "O" document referring to an oral disclosure, use, exhibition or other means
- "P" document published prior to the International filing date but later than the priority date claimed

"T" later document published after the International filing date or priority date and not in conflict with the application but cited to understand the principle or theory underlying the invention

"X" document of particular relevance; the claimed invention cannot be considered novel or cannot be considered to involve an inventive step when the document is taken alone

"Y" document of particular relevance; the claimed invention cannot be considered to involve an inventive step when the document is combined with one or more other such documents, such combination being obvious to a person skilled in the art.

"&" document member of the same patent family

Date of the actual completion of the International search	Date of mailing of the International search report
9 June 2005	15/06/2005
Name and mailing address of the ISA European Patent Office, P.B. 5818 Patentlaan 2 NL - 2280 HV Rijswijk Tel: (+31-70) 340-2040, Tx. 31 651 epo nl, Fax: (+31-70) 340-3016	Authorized officer Moers, R

**INTERNATIONAL SEARCH REPORT**

International Application No PCT/EP2005/050704
---

**C.(Continuation) DOCUMENTS CONSIDERED TO BE RELEVANT**

Category *	Citation of document, with indication, where appropriate, of the relevant passages	Relevant to claim No.
A	US 5 065 741 A (UCHIYAMA ET AL) 19 November 1991 (1991-11-19) figure 6 -----	1

## INTERNATIONAL SEARCH REPORT

International Application No
PCT/EP2005/050704

Patent document cited in search report		Publication date		Patent family member(s)		Publication date
US 2003078523	A1	24-04-2003	DE FR TR	10145852 A1 2829683 A1 200202188 A2		24-04-2003 21-03-2003 21-04-2003
US 5044354	A	03-09-1991	DE EP JP	8908037 U1 0405282 A1 3039150 A		31-10-1990 02-01-1991 20-02-1991
DE 29824080	U1	25-05-2000	DE	19808402 A1		09-09-1999
US 5065741	A	19-11-1991	JP	63260546 A 63260547 A 63267346 A 6026549 B 63267347 A 63270041 A 63288148 A 63315042 A 63317150 A 63317151 A US 5178135 A US 4984575 A		27-10-1988 27-10-1988 04-11-1988 13-04-1994 04-11-1988 08-11-1988 25-11-1988 22-12-1988 26-12-1988 26-12-1988 12-01-1993 15-01-1991

# INTERNATIONALER RECHERCHENBERICHT

Internationales Aktenzeichen  
PCT/EP2005/050704

A. KLASIFIZIERUNG DES ANMELDUNGSGEGENSTANDES  
IPK 7 A61B17/22

Nach der internationalen Patentklassifikation (IPK) oder nach der nationalen Klassifikation und der IPK

## B. RECHERCHIERTE GEBIETE

Recherchierte Mindestprüfstoff (Klassifikationssystem und Klassifikationssymbole)  
IPK 7 A61B

Recherchierte aber nicht zum Mindestprüfstoff gehörende Veröffentlichungen, soweit diese unter die recherchierten Gebiete fallen

Während der internationalen Recherche konsultierte elektronische Datenbank (Name der Datenbank und evtl. verwendete Suchbegriffe)

EPO-Internal

## C. ALS WESENTLICH ANGESEHENE UNTERLAGEN

Kategorie*	Bezeichnung der Veröffentlichung, soweit erforderlich unter Angabe der in Betracht kommenden Teile	Betr. Anspruch Nr.
X	US 2003/078523 A1 (BURKHARDT MICHAEL ET AL) 24. April 2003 (2003-04-24) Absatz '0034! - Absatz '0040!; Abbildungen 1-6	1-10
X	US 5 044 354 A (GOLDHORN ET AL) 3. September 1991 (1991-09-03) Spalte 7, Zeile 54 - Spalte 8, Zeile 66; Abbildungen 5-10	1-4,7-10
Y	Spalte 11, Zeile 57 - Spalte 13, Zeile 66	5,6
A	DE 298 24 080 U1 (DORNIER MEDTECH HOLDING INTERNATIONAL GMBH) 25. Mai 2000 (2000-05-25) in der Anmeldung erwähnt Zusammenfassung; Abbildung 1	1
	-/-	

Weitere Veröffentlichungen sind der Fortsetzung von Feld C zu entnehmen

Siehe Anhang Patentfamilie

- \* Besondere Kategorien von angegebenen Veröffentlichungen :
- \*A\* Veröffentlichung, die den allgemeinen Stand der Technik definiert, aber nicht als besonders bedeutsam anzusehen ist
- \*E\* älteres Dokument, das jedoch erst am oder nach dem internationalen Anmelde datum veröffentlicht worden ist
- \*L\* Veröffentlichung, die geeignet ist, einen Prioritätsanspruch zweifelhaft erscheinen zu lassen, oder durch die das Veröffentlichungsdatum einer anderen im Recherchenbericht genannten Veröffentlichung belegt werden soll oder die aus einem anderen besonderen Grund angegeben ist (wie ausgeführt)
- \*O\* Veröffentlichung, die sich auf eine mündliche Offenbarung, eine Benutzung, eine Ausstellung oder andere Maßnahmen bezieht
- \*P\* Veröffentlichung, die vor dem internationalen Anmelde datum, aber nach dem beanspruchten Prioritätsdatum veröffentlicht worden ist

"T" Spätere Veröffentlichung, die nach dem internationalen Anmelde datum oder dem Prioritätsdatum veröffentlicht worden ist und mit der Anmeldung nicht kollidiert, sondern nur zum Verständnis des der Erfindung zugrundeliegenden Prinzips oder der ihr zugrundeliegenden Theorie angegeben ist

"X" Veröffentlichung von besonderer Bedeutung; die beanspruchte Erfindung kann allein aufgrund dieser Veröffentlichung nicht als neu oder auf erlinderischer Tätigkeit beruhend betrachtet werden

"Y" Veröffentlichung von besonderer Bedeutung; die beanspruchte Erfindung kann nicht als auf erlinderischer Tätigkeit beruhend betrachtet werden, wenn die Veröffentlichung mit einer oder mehreren anderen Veröffentlichungen dieser Kategorie in Verbindung gebracht wird und diese Verbindung für einen Fachmann nahelegend ist

"&" Veröffentlichung, die Mitglied derselben Patentfamilie ist

Datum des Abschlusses der internationalen Recherche	Absendedatum des Internationalen Recherchenberichts
9. Juni 2005	15/06/2005
Name und Postanschrift der Internationalen Recherchenbehörde Europäisches Patentamt, P.B. 5818 Patentamt 2 NL - 2280 HV Rijswijk Tel. (+31-70) 340-2040, Tx. 31 651 epo nl, Fax: (+31-70) 340-3016	Bevollmächtigter Bediensteter Moers, R

## INTERNATIONALER RECHERCHENBERICHT

Internationales Aktenzeichen  
PCT/EP2005/050704

C.(Fortsetzung) ALS WESENTLICH ANGESEHENE UNTERLAGEN		
Kategorie	Bezeichnung der Veröffentlichung, soweit erforderlich unter Angabe der in Betracht kommenden Teile	Betr. Anspruch Nr.
A	US 5 065 741 A (UCHIYAMA ET AL) 19. November 1991 (1991-11-19) Abbildung 6	1

## INTERNATIONAL RECHERCHENBERICHT

Internationales Aktenzeichen  
PCT/EP2005/050704

Im Recherchenbericht angeführtes Patentdokument		Datum der Veröffentlichung		Mitglied(er) der Patentfamilie	Datum der Veröffentlichung
US 2003078523	A1	24-04-2003	DE	10145852 A1	24-04-2003
			FR	2829683 A1	21-03-2003
			TR	200202188 A2	21-04-2003
US 5044354	A	03-09-1991	DE	8908037 U1	31-10-1990
			EP	0405282 A1	02-01-1991
			JP	3039150 A	20-02-1991
DE 29824080	U1	25-05-2000	DE	19808402 A1	09-09-1999
US 5065741	A	19-11-1991	JP	63260546 A	27-10-1988
			JP	63260547 A	27-10-1988
			JP	63267346 A	04-11-1988
			JP	6026549 B	13-04-1994
			JP	63267347 A	04-11-1988
			JP	63270041 A	08-11-1988
			JP	63288148 A	25-11-1988
			JP	63315042 A	22-12-1988
			JP	63317150 A	26-12-1988
			JP	63317151 A	26-12-1988
			US	5178135 A	12-01-1993
			US	4984575 A	15-01-1991